A M. le profr Claude Bernard.

EXTRAIT DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

DE L'HÉMIANESTHÉSIE DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET DES SENS DANS L'ALCOOLISME CHRONIQUE

PAR

LE Dr MAGNAN

Médecin à l'Asile Sainte-Anne

La physiologie expérimentale, qui, permettant de donner à chaque fait sa véritable signification, jette une si vive lumière sur l'étude de l'alcoolisme aigu, n'est pas moins utile pour montrer dans l'alcoolisme chronique l'évolution successive des symptômes et des lésions anatomiques.

Les expériences relatives à l'action continue de l'alcool sur l'économie animale, sont aujourd'hui nombreuses. Déjà Magnus Huss et Dahlström avaient noté la dégénérescence graisseuse des organes chez trois chiens soumis à l'intoxication alcoolique; mais nos propres recherches et les résultats obtenus par d'autres observateurs depuis 1868, ont montré que ce n'est point là toute l'altération, et que sous l'influence prolongée du poison un double travail morbide se développe : 1° une tendance aux dégénérescences graisseuses des organes; 2° une tendance aux irritations chroniques diffuses, associée à la stéatose, mais pouvant aussi quelquefois jouir d'une existence isolée (1).

(1) Krémiansky, *De la pachyméningite interne chez l'homme et chez le chien* (*Virchow's Arch.*, 1868, t. XIII, p. 129). — Magnan, *De l'action prolongée de l'alcool chez un chien* (commun. à la Soc. de biologie, 14 novembre 1868 ; *Compt. rend.* et *Mém*, 1869, p. 159). — Paul Ruge, *Influence de l'alcool sur*

Ces deux modes de dégénérescence dominant la pathologie entière de l'alcoolisme chronique, en sont la véritable caractéristique.

L'étude physiologique, en parfaite harmonie du reste avec les résultats cliniques, nous donne la clef de l'évolution ultime de l'intoxication chronique; selon, en effet, la prédominance dans les centres nerveux de l'une ou de l'autre de ces lésions, l'alcoolisme chronique conduit à la démence (stéatose et athérome) ou à la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse).

Le mode de terminaison le plus fréquent est la démence associée souvent aux paralysies partielles. Cet état répond à la dégénérescence graisseuse accompagnée d'atrophie de la couche corticale et de foyers plus ou moins nombreux (hémorrhagies ou ramollissements), disséminés en général sous forme de lacunes dans les centres opto-striés, dans la substance blanche ou à la périphérie de l'encéphale; tout autant de lésions analogues à celles de la démence sénile, reconnaissant pour point de départ les altérations du système vasculaire, c'est-à-dire les plaques athéromateuses et quelquefois les anévrysmes miliaires des artères (1).

Ces lésions anatomiques, de degré différent, distribuées d'une façon irrégulière sur tous les vaisseaux de l'encéphale, peuvent amener les localisations les plus diverses, les unes à marche brusque et rapide, les autres évoluant, au contraire, d'une manière lente et progressive ou par poussées successives; de là, des manifestations symptomatiques nombreuses, diversement combinées, souvent confuses, aussi bien pour les phénomènes intellectuels que pour ceux d'ordre physique, moteurs et sensitifs; symptômes que l'analyse clinique, malgré leur complexité, permet cependant de rattacher, presque toujours, à une cause définie.

Parmi les troubles de la motilité et de la sensibilité se présentent des accidents d'une nature spéciale et dignes à plus

l'organisme (*Virchow's Arch.*, 1870, XLIX, p. 237). — Sperling, *Expériences sur la pachyméningite hémorrhagique* (*Centralblatt*, 1871). — Pupier, *Démonstration expérimentale de l'action des boissons dites spiritueuses sur le foie* (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 27 mai 1872). — Magnan, *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme*, Paris, 1871, p. 22). — *Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe; épilepsie* (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, mars et mai 1873).

(1) Bouchereau et Magnan, *Observation d'alcoolisme chronique; hémorrhagies cérébrales; anévrysmes miliaires du cerveau et de la rétine* (*Compt rend.* et *Mém. de la Soc. de biologie*, 1869, p. 36). — Charcot et Bouchard, *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale* (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1868, janvier et février, p. 110).

d'un titre de fixer l'attention : ce sont des paralysies d'un côté du corps avec diminution ou abolition de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale.

A la suite d'une attaque brusque d'apoplexie avec perte de connaissance, ou bien peu à peu, sans autres phénomènes que de la céphalalgie, des étourdissements, de l'engourdissement avec des fourmillements dans un côté du corps, les malades s'aperçoivent de l'affaiblissement musculaire; ils traînent la jambe, la main laisse échapper les objets, quelquefois même il survient de l'empâtement de la parole, une déviation des traits de la face. Si l'on recourt au dynamomètre, on trouve une faiblesse souvent marquée de la main, et d'autre part la jambe est impuissante à soutenir le poids du corps. Sur 10 cas observés à Sainte-Anne, 6 fois la paralysie siégeait à droite et 4 fois à gauche. Le bras paralysé présente en général un tremblement plus marqué que du côté opposé, mais dans un cas seulement nous avons noté des mouvements rhythmiques ayant quelque analogie avec la paralysie agitante, continuant pendant le repos, s'arrêtant au moment du sommeil, tremblement auquel M. Charcot pense devoir attribuer une certaine importance sémiologique (1).

Tout le côté paralysé offre une anesthésie, non-seulement de la peau et des muqueuses, mais encore des parties profondes. Dans les cas où la perte de la sensibilité est complète, les divers modes de sensation sont abolis, le toucher, le chatouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids, les courants constants ou induits, ne sont sentis sur aucune partie de la peau dans la moitié du corps paralysé; la sensibilité commence à se réveiller à 1 ou 2 centimètres de la ligne médiane; à ce niveau existe une zone intermédiaire servant de transition entre le côté anesthésié et le côté sain : l'entrecroisement et le passage des terminaisons nerveuses au delà de la ligne médiane explique suffisamment ce fait.

Dans les cas moins avancés, ou quand survient une amélioration, le toucher, la douleur, la température, l'excitation électrique, provoquent des impressions aisément perçues, et il devient difficile par ces moyens d'apprécier la différence entre les deux côtés. On peut toutefois se rendre compte des degrés minimes d'anesthésie par la recherche comparative de la sensibilité suivant la méthode de Weber. L'écartement entre les deux pointes de l'esthésiomètre, pour la perception de deux sensations distinctes, donnera parfois une différence considé-

(1) Charcot, *De l'hémianesthésie hystérique* (*Mouv. méd.*, 9 juillet 1872).

rable entre les deux moitiés du corps. Cet écartement d'ailleurs est plus grand quand les pointes du compas sont appliquées dans le sens de l'axe du membre, c'est-à-dire selon la direction des nerfs, que dans l'application perpendiculaire à l'axe où les pointes se trouvent placées sur des branches nerveuses distinctes, répondant conséquemment dans la moelle à deux foyers plus éloignés d'innervation. L'anesthésie gagne aussi les parties profondes; la pression, en effet, n'est point sentie, et la sensibilité électro-musculaire est notablement affaiblie. On peut quelquefois faire passer un courant d'induction dans les muscles du bras ou de la jambe, de manière à amener de fortes contractions, à tétaniser presque le membre sans provoquer de douleur, tandis que l'application de ce même courant sur le membre valide devient à l'instant intolérable. Avec le courant constant les mêmes phénomènes se produisent. Par la fermeture du courant, en appliquant les électrodes, ou bien ceux-ci restant en place, en intervertissant le sens du courant à l'aide de l'inverseur (appareil de M. Trouvé), on obtient dans les muscles du côté malade des contractions presque toujours aussi énergiques que dans les muscles correspondants du côté opposé, mais la sensibilité électro-musculaire est nulle ou très-diminuée. Le sens musculaire est affaibli, quelquefois même entièrement aboli. Les yeux fermés, le malade n'a aucune conscience de ses mouvements, qu'ils soient spontanés ou provoqués. Invité à porter la main anesthésiée sur une partie quelconque du corps du côté sain, il ne s'aperçoit pas d'un obstacle interposé entre le bras et le but à atteindre, la main reste immobile ou prend une direction différente; mais si l'on vient soi-même à toucher l'organe désigné, le nez, l'oreille, par exemple, du côté sain, le malade croit avoir exécuté le mouvement et affirme aussitôt qu'il touche, quoique son bras soit resté en chemin. Si la partie à atteindre est du côté anesthésié, le sujet ne perçoit le contact, que ce soit sa propre main ou un corps étranger, qu'à la condition d'exercer une forte pression faisant intervenir les muscles du côté sain, qui l'avertissent, par leur sensibilité propre, de la résistance siégeant sur le côté insensible. Dans la marche les yeux fermés, le malade suit une ligne assez droite, mais il se laisse facilement entraîner, sans le remarquer, dans un mouvement circulaire, dès que l'on vient à retenir doucement le côté anesthésié. Les objets, enfin, échappent à la main dès qu'elle cesse d'être surveillée, et, dans les différents travaux, les malades, sans le sentir, se piquent, frappent sur leurs doigts; une

femme s'occupant de couture était avertie de ses blessures par les gouttes de sang qui tachaient son ouvrage.

Les membres insensibles sont habituellement plus froids que leurs congénères, et dans quelques cas les malades ont conscience eux-mêmes de ce refroidissement. Parfois la différence entre les deux mains, le thermomètre laissé un quart d'heure en place, peut atteindre 2 et même 3 degrés centigrades.

L'anesthésie ne reste pas confinée à la peau, toutes les muqueuses du même côté sont privées de sensibilité. Une barbe de plume peut être promenée sur la conjonctive palpébrale, sclérotidienne, quelquefois même sur la cornée, sans provoquer ni douleur ni mouvements. Dans quelques cas cependant la sensibilité fait défaut dans la conjonctive palpébrale et sclérotidienne, mais elle persiste au niveau de la cornée, ce qu'expliquent du reste les recherches de M. Cl. Bernard. Ayant arraché le ganglion ophthalmique chez des chiens, M. Bernard a toujours vu cette avulsion suivie de la perte de la sensibilité de la cornée, avec conservation de la sensibilité de la conjonctive, résultat physiologique d'accord avec la disposition anatomique, puisque la conjonctive reçoit des nerfs ciliaires directs de la cinquième paire, tandis que la cornée se trouve innervée par les rameaux ciliaires émanant du ganglion ophthalmique. D'autre part, les substances toxiques exercent une influence différente sur ces parties; dans la mort par la strychnine, la cornée devient d'abord insensible, tandis que dans l'anesthésie par l'éther, l'empoisonnement par le curare, c'est la conjonctive qui perd la première sa sensibilité (1). Un phénomène que nous avons noté chez deux de nos malades et que M. Demeaux (2) avait également trouvé chez une femme atteinte d'hémiplégie avec hémianesthésie, c'est l'apparition de larmes dans les deux yeux par le contact d'un corps étranger sur la cornée du côté anesthésié sans que le malade l'ait senti et que le globe oculaire ait fait le moindre mouvement; l'insensibilité de la cornée est complète, et cependant l'action réflexe est rendue évidente par la sécrétion immédiate des larmes. Dans nos deux cas, la conjonctive palpébrale sclérotidienne était également insensible ; mais l'excitation par le toucher n'était pas suivie de larmoiement. On peut jusqu'à un certain point rapprocher ce fait de ce qui se

(1) Cl. Bernard, *Effets des substances toxiques et médicamenteuses*. Paris, 1857, p. 235.

(2) Demeaux, *Des hernies crurales* (thèse de Paris, 1843 ; l'observation d'hémiplégie avec hémianesthésie se trouve à la fin de la thèse).

passe chez les hystériques hémianesthésiques; les tissus érectiles, dit Briquet, tout en ne transmettant pas d'impression au cerveau, conservent la faculté de s'ériger; ainsi les mamelons du sein, le clitoris, bien qu'insensibles au toucher, conservent la faculté de s'ériger au moindre contact (1).

L'exploration des fosses nasales, du conduit auditif externe, révèle également une diminution ou une abolition complète de la sensibilité des muqueuses. La cavité buccale, la langue, sont aussi le siége d'une hémianesthésie, que les sensations mises en jeu soient successivement celles de température, de douleur ou de contact. La titillation de la moitié correspondante du voile du palais, de la luette, ne provoque aucune nausée réflexe; le choc sur les dents n'est point senti, mais quelquefois le malade l'entend par l'oreille saine ou le perçoit du côté non anesthésié, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, par les vibrations ou l'ébranlement produits sur le maxillaire inférieur. L'anesthésie existe également sur la muqueuse du gland, du méat urinaire et à la marge de l'anus du côté malade.

La sensibilité spéciale offre des modifications non moins remarquables, depuis un simple affaiblissement jusqu'à l'abolition complète de la fonction.

Il est intéressant de suivre dans chaque sens ces modifications fonctionnelles, soit que le mal augmente progressivement, soit, au contraire, qu'après une perte subite de la sensibilité spéciale, la fonction reprenne son état normal.

La vue peut être le siége non-seulement d'un affaiblissement, mais dans quelques cas d'une perversion particulière que l'on retrouve d'ailleurs chez d'autres alcooliques simples. Lorsque l'acuité de la vision est faiblement atteinte, la comparaison entre les deux yeux, à l'aide de l'échelle typographique, rend compte des légères différences. Les caractères de 1/2 millimètre sont lus facilement par l'œil sain, tandis que l'œil malade ne peut distinguer que des lettres de 1, de 2 millimètres; la différence même est habituellement plus grande; souvent aussi les caractères s'entourent rapidement d'un brouillard, et la lecture ne peut se prolonger au delà de quelques instants. A un plus haut degré d'amblyopie, les personnes, les objets, cessent d'être reconnus, la lumière elle-même finit par ne plus être distinguée de l'obscurité, et la vision est complétement abolie de ce côté. Chez le malade

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 283.

dont l'observation est rapportée plus loin, l'exposition aux rayons solaires laisse l'œil ouvert et immobile, mais la pupille se resserre légèrement. La mobilité est conservée malgré l'amaurose; il suffit, en outre, d'abaisser et d'élever successivement la paupière pour obtenir les oscillations habituelles de la pupille, légère dilatation quand les paupières sont closes et resserrement aussitôt que la paupière est soulevée. Il n'en est pas ainsi cependant chez tous les hémianesthésiques, et dans son observation, Demeaux signale l'immobilité de la pupille. Il est bon de noter que chez les hystériques hémianesthésiques affectées d'amblyopie, Briquet indique également l'immobilité de la pupille comme dans les amauroses ordinaires.

Le passage d'un courant continu dans la tête ou à son voisinage ne produit pas de phosphènes dans l'œil anesthésié, tandis que l'œil sain les perçoit à la fermeture et à l'ouverture du courant.

En outre de l'amblyopie, il existe chez quelques-uns de ces malades de la dyschromatopsie unilatérale; l'œil sain peut distinguer rapidement et complétement toutes les couleurs, tandis que l'œil anesthésié confond non-seulement les couleurs composées, mais encore les couleurs franches et saturées.

Chez un de nos hémianesthésiques, la dyschromatopsie était bilatérale, comme cela se rencontre d'ailleurs chez quelques alcooliques, mais beaucoup plus rarement que ne l'indique M. Galezowski.

L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle aucune lésion spéciale du fond de l'œil, pas même chez les sujets dont la vue est entièrement abolie; on peut observer de la stase veineuse, de l'infiltration péripapillaire et périvasculaire; quelquefois enfin des battements se montrent dans les veines, mais aucune lésion importante de la papille ou de la rétine ne vient rendre compte de le perte unilatérale de la vue.

L'ouïe est affaiblie, les battements d'une montre sont entendus à la distance de 5 à 10 centimètres du côté malade, tandis que l'autre oreille les perçoit comme à l'état normal, à 50, 60 centimètres et même davantage. Dans quelques cas la surdité est complète, ni la voix, ni aucun bruit n'est entendu du côté malade. En plaçant le tampon du pôle positif sur la région mastoïdienne saine et en appuyant l'extrémité de l'autre rhéophore, réduit au simple fil métallique sur un bourdonnet de coton mouillé introduit dans le conduit auditif externe de l'oreille anesthésiée, la fermeture du courant continu ne détermine aucune sensation de son; l'application des exci-

tateurs en sens inverse provoque dans l'oreille saine la perception nette d'un son. Il y a parfois au même instant une saveur métallique dans la moitié correspondante de la langue.

L'odorat est également affaibli et peut dans quelques cas être complétement aboli. Pour apprécier le degré d'anosmie, il est nécessaire d'employer des excitants organoleptiques d'intensité variable. C'est ainsi qu'on peut graduer l'action stimulante, en employant successivement l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc, le vinaigre, l'essence de moutarde. Ces deux derniers agents s'adressent à la fois à la sensibilité générale et à la sensibilité spéciale, et dans quelques cas il ne se produit qu'une simple irritation, les malades larmoient, sentent du picotement, mais ils ne perçoivent pas d'odeur.

Le goût est diminué ou perdu du côté anesthésié; on peut s'en rendre compte à l'aide de substances de saveur progressivement plus prononcée, telles que le sucre, le sel, le sulfate de magnésie, l'aloès, la coloquinte, le piment. On peut employer des solutions de degré de concentration variable, ou bien on maintient simplement le corps sapide sur la langue en commençant par le côté anesthésié, et si au bout d'une ou deux minutes le malade indique par signes de tête qu'il ne sent pas, on porte la substance sur le côté sain de l'organe et la saveur est immédiatement reconnue.

L'application du courant continu ne provoque aucune sensation gustative sur la moitié anesthésiée, tandis que de l'autre côté elle fait naître un goût métallique, styptique, assez prononcé. Au moment de la fermeture du courant, les muscles se contractent du côté où les excitateurs sont placés, mais le malade ne sent les secousses que du côté sain de l'organe, comme du reste pour tous les autres muscles de la moitié correspondante du corps.

Chez les hystériques, l'hémianesthésie est beaucoup plus fréquente à gauche. Dans l'alcoolisme chronique, les deux côtés, nous l'avons vu, sont indifféremment affectés, et même sur nos 10 cas, 8 hommes et 2 femmes, 6 fois l'hémianesthésie avec paralysie siégeait à droite, et 4 fois de l'autre côté. Des deux femmes l'une était hémianesthésique à droite et l'autre à gauche.

Dans cette hémiplégie de la sensibilité et du mouvement, les troubles de la motilité s'améliorent quelquefois rapidement et l'anesthésie persiste; d'autres fois les deux ordres d'accidents s'effacent parallèlement, d'autres fois encore, nous le voyons chez deux malades, la motilité et la sensibilité tendent à s'affai-

blir progressivement. Chez l'un d'eux cependant, on constate déjà une abolition complète de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale de tout le côté droit; la motilité, d'autre part, s'est affaiblie, mais la paralysie est loin d'avoir atteint un degré aussi avancé que l'anesthésie.

Ces malades, comme les autres alcooliques chroniques, éprouvent de la céphalalgie, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, des engourdissements et des crampes dans les membres, plus accusés quelquefois, mais rarement limités au côté paralysé; chez eux les vertiges, les attaques apoplectiformes, se montrent avec plus de fréquence. C'est qu'en outre des lésions diffuses ou disséminées propres aux alcooliques chroniques, ces sujets hémiplégiques sont encore sous le coup d'une lésion en foyer, sorte d'épine, d'agent irritatif dont l'action se surajoute aux troubles produits par la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux.

Les facultés intellectuelles sont également affaiblies : la mémoire est diminuée, le jugement moins sûr, l'imagination éteinte, les idées confuses, mal coordonnées reflètent l'incohérence; la sensibilité morale est très-affaiblie, la sensiblerie vient s'ajouter à l'indifférence et à l'apathie. Le délire, perdant son activité, conserve néanmoins ses caractères généraux avec le fond pénible désagréable qu'il offre dans l'alcoolisme aigu. Les illusions et les hallucinations, si elles se montrent encore, n'ont plus, sauf quelques exceptions, cette acuité, cette multiplicité si remarquables des premières périodes de l'alcoolisme, le sommeil reste troublé par des rêves et des cauchemars; souvent des préoccupations hypochondriaques surviennent avec des idées de persécution et des idées mélancoliques, et quelquefois même avec une tendance au suicide; mais ces saillies délirantes s'émoussent, les réactions sont moins promptes, moins bruyantes, une sorte d'incertitude, d'indécision, règne sur toutes ces perceptions illusoires de l'esprit. On le voit, en dehors de l'hémianesthésie, il n'y a dans les symptômes rien de spécial à cette forme particulière d'alcoolisme chronique. D'ailleurs ces troubles si singuliers de la sensibilité ne se montrent pas seulement dans l'alcoolisme, ils ne sont pas exclusivement en rapport, soit avec une hémorrhagie, soit avec un ramollissement, soit avec une sclérose ; chacune de ces lésions peut les faire naître, mais à la condition que l'altération matérielle porte sur un point déterminé de l'encéphale. C'est donc une question de siége, de topographie plutôt qu'une question de nature particulière de lésion. D'autre part, on doit le noter, chez la femme, dans

l'hystérie, cet ensemble symptomatique peut n'être qu'un simple trouble fonctionnel plus ou moins passager, sans lésion matérielle appréciable.

Pour assigner aux différents symptômes leur valeur véritable, il importe de déterminer les régions des centres nerveux qui président au libre exercice de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale.

D'après une théorie admise en France par plusieurs physiologistes, il semble que le centre de perception des impressions sensitives réside dans la protubérance annulaire; c'était là l'opinion de Longet, c'est l'opinion de M. Vulpian (1). Les expériences sont connues : On enlève à un lapin les hémisphères cérébraux, le cervelet, en conservant la protubérance annulaire; l'excitation périphérique, le pincement du nez, de l'oreille, provoque des cris plaintifs, des cris de douleur et non pas seulement un cri réflexe. D'autre part, l'animal se gratte plusieurs fois les narines avec les pattes antérieures après l'inspiration de l'ammoniaque. Chez le surmulot, dépourvu également d'hémisphères cérébraux, de corps striés et de couches optiques, le pincement de l'oreille provoque un mouvement général des membres avec l'extension de la tête. Après un souffle brusque sur l'oreille, l'animal secoue la tête et les oreilles en clignant des yeux; il adapte donc les réactions à la nature de l'excitation. Le centre de perception des impressions sensitives est donc dans la protubérance annulaire. M. Vulpian ajoute, à propos du rôle de la protubérance annulaire, qu'elle paraît présider non-seulement à la sensibilité générale, mais encore à certaines sensibilités spéciales. Ainsi il me paraît certain, dit cet auteur, que les sensations auditives et gustatives ont lieu dans cette partie des centres nerveux. Chez le rat privé d'hémisphères cérébraux, de corps striés, de couches optiques, le moindre bruit le fait tressaillir, et le souffle brusque imitant celui qu'émettent les chats en colère détermine chez lui un brusque soubresaut. En admettant avec M. Vulpian l'influence de la protubérance annulaire sur l'ouïe et le goût, la lésion unique de ce centre perceptif n'expliquerait point la perte de l'odorat et de la vue qui existe chez la plupart des malades en question.

D'après une autre théorie, celle de Tood et de Carpenter, le centre de perception des impressions tactiles serait situé

(1) Longet, *Anatomie et physiologie du système nerveux.* Paris, 1842, t. I, p. 431. — Vulpian, *Physiologie du système nerveux.* Paris, 1866, p. 543.—Pour M. Béclard, la protubérance est un conducteur de sensibilité et de mouvement à la manière de la moelle et du bulbe (*Traité de physiologie*, Paris, 1862, p. 997).

plus haut, il résiderait dans la couche optique; c'est là que les impressions sensitives se transformeraient en sensation. D'autre part, le corps strié, aboutissant du tractus moteur, serait en rapport avec l'exécution des mouvements volontaires.

C'est évidemment par l'étude approfondie des faits dont nous nous occupons que l'on pourra élucider ces questions difficiles de physiologie pathologique. Mais déjà les résultats cliniques et anatomo-pathologiques peuvent servir de guide et diriger l'attention sur les régions qui semblent devoir être le siége des altérations. Pour comprendre la plupart de ces observations, particulièrement celles de L. Türck, et pour suivre fructueusement la distribution des lésions qu'il indique dans les planches dont il fait suivre son mémoire, il faut, sur une coupe transversale du cerveau, pratiquée immédiatement en arrière des corps mamillaires, se bien pénétrer des rapports réciproques des principaux groupes de cellules ou centres ganglionnaires. Sur la ligne médiane, et de haut en bas, nous voyons, sur cette coupe, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le troisième ventricule avec la commissure grise. De chaque côté et immédiatement en dehors, la couche optique, plus en dehors et en haut, le noyau caudé ou noyau intraventriculaire du corps strié; le long de la couche optique règne la capsule interne formée par la portion radiée de la base du pédoncule cérébral et par des fibres qui, du centre blanc hémisphérique, se rendent à la couche optique; plus en dehors se montre le noyau extraventriculaire du corps strié ou noyau lenticulaire, subdivisé en trois segments concentriques. Entre les noyaux intra et extra-ventriculaires du corps strié se voit la continuation apparente de la capsule interne ou origine de la grande couronne rayonnante de Reil, qui, pour Wagner et Kölliker, pour Luys et d'autres anatomistes, n'est point le prolongement des pédoncules cérébraux, mais bien la réunion de fibres qui, du centre blanc hémisphérique, ou mieux de la couche corticale, se dirigent vers la couche optique, où elles se terminent en grande partie. En dehors du noyau lenticulaire se montrent une bandelette blanche ou capsule externe, une bandelette grise ou nucléole téniaforme et enfin l'insula. En résumé, de dedans en dehors : 1° couche optique et au-dessus noyau intraventriculaire du corps strié; 2° capsule interne avec la couronne rayonnante de Reil; 3° noyau lenticulaire et plus en dehors capsule externe et avant-mur : 4° insula.

De toute cette vaste région, une partie semble être plus spécialement le siége des lésions qui s'accompagnent d'hémi-

anesthésie de la sensibilité générale et des sens, c'est une sorte de carrefour en rapport avec les différents centres, c'est l'espace qui comprend l'extrémité supérieure de la couche optique, l'extrémité supérieure de la capsule interne avec l'origine de la couronne rayonnante et la portion supérieure du noyau lenticulaire. Dans les cas signalés par M. Charcot de paralysie avec hémianesthésie et tremblement du même côté du corps, la lésion occupait la région postérieure de la couche optique et les parties adjacentes de l'hémisphère cérébral situées en dehors de celle-ci.

Les couches optiques et les parties externes avoisinantes se trouvaient compromises dans quelques autres cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale cités par différents auteurs; mais les seules observations suivies d'autopsie dans lesquelles, avec l'anesthésie de la sensibilité générale, se trouvait notée la perte de la sensibilité spéciale, sont celles de L. Türck (1). Sur les quatre faits de Türck, deux fois l'hémiplégie s'accompagnait d'hémianesthésie de la sensibilité générale avec anesthésie du goût, de l'odorat et de la vue, dans l'un de ces cas la lésion consistait en un ramollissement très-étendu du centre blanc de l'hémisphère gauche, comprenant les deux tiers externes de la couronne rayonnante de Reil: dans l'autre cas, c'était un foyer hémorrhagique situé à la partie externe de la couche optique gauche, intéressant aussi en partie la capsule interne.

Dans les deux autres cas, où la sensibilité générale était seule compromise, les lésions consistaient pour le premier en trois foyers de ramollissement dans l'hémisphère droit, occupant, mais avec des intervalles libres, l'espace compris entre le noyau caudé et le noyau lenticulaire; l'un des foyers était situé immédiatement en dehors de la queue du noyau caudé; un autre se trouvait en arrière et en dehors du premier, sur le trajet de la couronne rayonnante; le troisième occupait une partie du segment externe du noyau lenticulaire qu'il dépassait légèrement en haut, de sorte que la couronne rayonnante était séparée par places de la capsule interne et de la couche optique.

Dans le second cas, il existait deux anciens foyers hémorrhagiques dans l'hémisphère droit, l'un situé au bord supérieur et externe de la couche optique qu'il débordait légère-

(1) Ludwig Türck, *Ueber die Beziehung gewisser Krankheitsherde des grossen Gehirnes zur Anästhesie* (Aus dem XXXVI Bande, § 191, des Jahrganges, 1859, der Sitzungsberichte der mathem. natur. Classe der Kais. Akademie der Wissenschaften).

ment, l'autre dans le troisième segment ou portion externe du noyau lenticulaire du corps strié.

En résumé, la partie externe et supérieure de la couche optique, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la couronne rayonnante, telles sont les parties intéressées. Mais on doit le remarquer dans tous les cas, même quand la lésion siége dans le noyau lenticulaire du corps strié, elle dépasse cette limite pour atteindre, dans une certaine étendue, la couronne rayonnante, qui est en réalité la région le plus souvent compromise. Cette région était encore atteinte dans un cas récent que M. Charcot a eu l'obligeance de me communiquer; il s'agissait d'une hémianesthésie avec mouvements choréiformes du côté droit, et à l'autopsie on avait trouvé un ramollissement lacunaire à gauche, au pied de la couronne rayonnante, dans la circonvolution de l'opercule.

Le fait suivant, choisi parmi nos dix observations de paralysie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens, donnera une idée assez nette des caractères et de la marche de ces accidents.

Obs.— *Excès de boissons, absinthe.— Céphalalgie, vertiges, attaques épileptiques. — Tremblement, hallucinations. — Attaque apoplectique, hemiplégie incomplète droite, hémianesthésie droite avec diminution puis abolition du goût et de l'odorat; dysécée suivie de surdité complète; amblyopie et dyschromatopsie aboutissant à la perte absolue de la vision du côté droit.* — L. Pierre, cinquante-neuf ans, journalier, ancien militaire, adonné depuis nombre d'années aux boissons alcooliques, contracte en Afrique l'habitude de boire de l'absinthe, dont il prend jusqu'à six à sept verres par jour. Peu après ces derniers excès, à l'insomnie habituelle avec rêves et cauchemars, à la perte d'appétit et à la pituite du matin, s'ajoutent de violents maux de tête, des étourdissements, des vertiges et des attaques convulsives, accompagnées de perte de connaissance, de morsures à la langue et d'évacuations involontaires. Plus tard, il se plaint d'engourdissements, de fourmillements et de crampes dans les membres. A différentes reprises il remarque du tremblement des mains, il est tourmenté par des visions effrayantes, il entend des injures, des menaces contre sa vie. Cet état se continue pendant plusieurs années, s'amendant ou s'aggravant, selon que L... peut plus ou moins facilement se livrer à ses habitudes d'ivrognerie. Pendant quatre ans, de 1865 à 1869, il fait de longs voyages en mer et devient plus sobre; sa santé s'améliore; il débarque à la Martinique et séjourne à Saint-Pierre où il se remet à boire. Un jour, en travaillant, il perd subitement connaissance pendant un temps qu'il ne peut préciser mais il se souvient que, revenu à lui, il se trouve à l'hôpital, la parole très-embarrassée, paralysé de tout le côté droit.

Six semaines après la faiblesse musculaire diminue, il se lève, marche, traînant la jambe droite; au bout de quatre mois, on peut l'occuper à

l'hôpital comme infirmier, en le chargeant, toutefois, des travaux les moins pénibles. En 1871, il revient en France, et de retour à Paris, il vit misérablement, gagnant avec peine de quoi pourvoir à ses premiers besoins, mais sans renoncer, toutefois, aux habitudes alcooliques.

A son entrée à l'asile, le 12 juin 1872, il présente de l'hébétude, comprend à peine les questions qu'on lui adresse, se retourne et regarde avec crainte ; il entend des paroles injurieuses ; il voit des chats, des ombres, des hommes noirs. Il éprouve de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges ; il présente un tremblement des mains plus marqué à droite, et une faiblesse de tout le côté droit du corps. Pendant la nuit, il est agité par des rêves, des cauchemars, des hallucinations ; au jour, il devient plus tranquille, mais il paraît encore inquiet et préoccupé.

Du 14 au 30 juin. — Il se rassure peu à peu, n'accuse plus d'hallucinations dans la journée, mais il se montre apathique, indifférent, reste assis les bras croisés, si on ne lui parle pas ; travaille et joue, quand on le presse, mais il est sans initiative et ne se plaint nullement de sa séquestration ; les facultés sont d'ailleurs affaiblies et la mémoire est infidèle. Pendant la nuit, de temps à autre, il voit des animaux qui l'effrayent, des singes, des chevaux, des hyènes.

Il se plaint habituellement de pesanteur de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements de lueurs et flammes devant les yeux, de crampes dans les membres, principalement dans le côté droit. Le tremblement est plus accusé dans la main droite, surtout quand les membres supérieurs sont tenus une ou deux minutes dans l'extension ; la fatigue arrivant vite, le bras droit tend à s'abaisser, et au tremblement plus fort on voit s'ajouter de petites secousses irrégulières dans les doigts.

Dans une première exploration avec le dynanomètre, la main droite pousse l'aiguille jusqu'à la 16e division, et la main gauche jusqu'à la 27e. Cet examen, répété les jours suivants, indique toujours une faiblesse plus grande de la main droite qui arrive à 22, 20, 17, tandis que la main gauche porte l'aiguille à 31, 37, 31. La jambe droite est aussi plus faible, le malade peut sauter sur le pied gauche, mais le droit ne peut être détaché du sol. Le côté paralysé est le siége d'une notable anesthésie : le toucher, le chatouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids sont à peine sentis, non seulement dans le bras et la jambe, mais encore dans la moitié droite de la tête et du tronc.

L'odorat est très-affaibli dans la narine droite ; l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, ne réveillent aucune sensation ; le vinaigre affecte légèrement la muqueuse, mais le malade ne le reconnaît pas. Les caractères de ces substances sont bien appréciés par la narine gauche.

La moitié droite de la langue ne perçoit ni le sucre, ni le sel, ni la coloquinte ; la moitié gauche distingue ces substances. La muqueuse buccale est anesthésiée du côté droit et sent d'une manière très-incomplète le toucher, la piqûre, l'action du chaud et du froid.

L'acuité de la vision est moindre à droite ; l'œil de ce côté peut lire seulement des caractères d'un centimètre, l'œil gauche lit des caractères de 3 millimètres.

L'œil droit est affecté de dyschromatopsie, il distingue les couleurs

rouge et bleue (n° 10 de l'échelle chromatique du docteur Galezowski), mais le violet paraît blanc, le jaune paraît blanchâtre. L'œil gauche reconnaît, du premier coup, toutes les couleurs.

Juillet. — L'état intellectuel est stationnaire, le malade se montre plein d'indifférence; il répète les mêmes choses, quelquefois se contredit et donne des dates inexactes; par moments, il a de la sensiblerie et pleure sans motifs. Le tremblement a beaucoup diminué; toutefois, il suffit de faire placer les bras dans l'extension, pour le voir reparaître dans la main droite La paralysie du mouvement et de la sensibilité générale et des sens n'a pas augmenté. La jambe droite s'engourdit rapidement quand le malade reste assis, elle fléchit dès qu'il se relève et il est obligé de la soulever, de la secouer, de frapper à terre pour rendre la marche possible.

Il éprouve fréquemment de la céphalalgie, des battements dans la région frontale, des étourdissements; des crampes et des fourmillements surtout dans le côté droit.

Août. — Même état intellectuel, lenteur des conceptions, toutefois, cauchemars et hallucinations; il voit des fantômes, des gens qui parlent; il entend remuer autour du lit.

Étourdissements fréquents, vertiges, brouillard devant les yeux, élancements et crampes dans la jambe et le bras droit. L'anesthésie cutanée n'a pas fait de progrès : les piqûres un peu fortes, les sensations douloureuses, sont encore perçues. L'application dans le sens de l'axe du membre, sur la face externe de la cuisse droite, des deux pointes de l'esthésiomètre, écartées de 13 centimètres, donne la sensation d'une piqûre seulement, la sensation de deux piqûres s'obtient avec un écart de 15 centimètres. A gauche, dans la même région, le malade perçoit deux piqûres à la distance de 9 centimètres. A la face interne de la cuisse droite, par l'écartement de 10 centimètres entre les deux pointes, on obtient la sensation d'une seule piqûre; la sensation de deux piqûres se produit si l'on augmente l'ecartement de 1 à 2 centimètres; à gauche et dans la même région, les pointes de l'esthésiomètre, éloignés de 6 centimètres, donnent la sensation de deux piqûres. Sur la face externe du bras droit, l'application de deux pointes, à 10 centimètres de distance, donne la sensation d'un seule piqûre; sur le bras gauche, un écartement de 6 centimètres laisse percevoir la double sensation. Le côté droit du front ne sent qu'une piqûre, les deux pointes étant éloignées de 6 centimètres, et à gauche, la sensation de deux points s'obtient à la distance de 3 centimètres seulement.

Septembre et octobre. — Le malade continue à éprouver des étourdissements, des vertiges accompagnés d'alternatives de pâleur et de rougeur de la face, de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes, quelquefois de la contracture dans le bras et la jambe du côté droit avec roideur et flexion des doigts qui reviennent sur eux-mêmes dès qu'on les redresse. Il survient aussi parfois de la douleur dans la joue droite avec léger trismus ou bien claquement involontaire des mâchoires. L'eau de fleur d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc, ne donnent aucune sensation dans la narine droite, mais sont reconnus à gauche.

Le sucre, le sel, la coloquinte, ne procurent aucune saveur sur le côté droit de la langue; à gauche, au contraire, les caractères de ces substances sont parfaitement appréciés.

L'oreille droite, siége de bourdonnements incessants, perçoit les battements de la montre à 2 centimètres seulement du pavillon de l'oreille; à gauche, ils sont entendus à 30 centimètres.

Novembre et décembre. — Vertiges fréquents, tournoiement de tête, perte d'appétit, pâleur, altération de la face et expression de souffrance. Parfois, le soir, léger mouvement fébrile et céphalalgie plus forte. L'exploration de la poitrine ne donne rien de particulier. Les urines claires, ambrées, acides, n'offrent ni sucre ni albumine. De temps à autre, hallucinations la nuit; L... se lève, regarde sous le lit, dans les coins de la chambre, il lui semble, dit-il, que quelqu'un est entré, qu'on l'appelle, qu'on l'a tiré par les pieds.

Du côté droit, l'hémiplégie augmente, le bras et la jambe offrent des crampes douloureuses; l'anesthésie cutanée progresse, les épingles, profondément plantées sont à peine senties, et le malade localise la douleur dans une région plus rapprochée du tronc; il rapporte ainsi à la jambe la piqûre du pied, au genou celle du mollet, à la cuisse celle du genou.

L'odorat est presque nul à droite; l'acide acétique, maintenu sous la narine, quoique provoquant du larmoiement, est à peine senti; à gauche, toutes les odeurs continuent à être exactement appréciées.

Aucune saveur n'est reconnue du côté droit. L'ouïe continue à s'affaiblir, et la montre doit être appliquée sur l'oreille même pour que ses battements soient entendus; les bourdonnements sont fréquents; parfois il y a des tintements, des bruits de cloche, il semble, dit le malade, que l'air pénètre constamment dans l'oreille.

La vue s'obscurcit à droite, tous les objets paraissent enveloppés d'un nuage, les caractères les plus gros ne peuvent plus être distingués. L'examen ophthalmoscopique pratiqué à diverses reprises ne laisse rien découvrir dans les milieux ni les membranes de l'œil; la papille est physiologique, d'une teinte rosée, les vaisseaux sont normaux, toutes les parties paraissent normales, on ne voit rien de particulier dans la région de la macula.

Janvier et fevrier 1873. — Les facultés continuent à baisser, les étourdissements et les vertiges s'accompagnent parfois d'une obtusion qui dure toute la journée. Le sommeil est troublé par des cauchemars et des hallucinations pénibles. L... voit du feu, des incendies, entend des émeutes, des tambours, la fusillade.

Les forces musculaires diminuent à droite; l'anesthésie est très-accusée, les pincements, les piqûres d'épingle, ne sont plus sentis; le malade, les yeux fermés, n'a pas conscience des mouvements imprimés au bras et à la jambe du côté droit; il ne sent pas non plus les corps chauds ou froids, lourds ou légers déposés sur la peau.

Bourdonnements, bruits de cloche dans l'oreille droite; la voix très-élevée est à peine entendue. Du même côté, la vision continue à s'affaiblir, le goût est aboli; la narine droite ne peut distinguer aucune odeur. Du côté gauche, la sensibilité générale n'est pas modifiée et les organes des sens sont intacts.

Mars, avril, mai. — Les facultés sont affaiblies, mais en raison de l'hébétude dont s'accompagnent les étourdissements et les vertiges, la démence paraît plus profonde qu'elle n'est en réalité. Les rêves et les cauchemars continuent à troubler le sommeil. Le bras et la jambe du côté droit sont le siège d'engourdissements, de frémissements et de crampes avec roideur des doigts, la paralysie reste stationnaire, l'hémianesthésie est complète ; le sens musculaire est aboli. Si, les yeux étant fermés, on arrête le bras droit dans le cours d'un mouvement, L... ignore si son mouvement est accompli ; lorsque l'objet à atteindre est une partie du corps du côté sain, la joue, l'oreille par exemple, aussitôt qu'une main étrangère touche ces organes, L... croit avoir effectué le mouvement et annonce qu'il a atteint l'organe désigné. L'anesthésie des sens persiste à droite, de l'autre côté les sensations sont normales.

Juin, juillet. — Vertiges, lourdeur de tête, battements dans la région frontale, bourdonnements plus marqués à droite, hallucinations plus particulièrement la nuit.

L'hémiplégie droite augmente légèrement, le malade ne peut se tenir sur le pied droit, même en s'appuyant contre un meuble ; il éprouve dans le bras et la jambe des frémissements, de l'engourdissement et des crampes.

L'anesthésie est complète dans tout le côté droit, jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane où la sensibilité commence à reparaître pour devenir normale à gauche, à 1 ou 2 centimètres au delà du plan médian. Sur le tronc, le bras, la jambe, la tête, la face, une épingle peut traverser la peau sans que le malade accuse la moindre sensation. Il en est de même pour les muqueuses buccale, nasale, palpébrale, etc. ; une cuiller promenée sur le côté droit du voile du palais ne provoque pas de nausées ; chauffée ou refroidie, son contact n'est senti sur aucune partie de la moitié droite de la cavité buccale. Les corps étrangers introduits dans la narine droite, dans le conduit auditif externe, ne provoquent aucune sensation.

Le malade n'a nulle conscience des mouvements de la main droite quand l'œil ne la dirige pas.

Le bras et la jambe du côté droit sont, au toucher, plus froids que ceux du côté gauche, et le thermomètre maintenu un quart d'heure dans chaque main parfaitement fermée, donne 34°,8 pour la main gauche, et 34°,2 pour la droite. L'anesthésie des organes des sens n'a pas diminué.

L'exploration de la sensibilité dans les parties superficielles et profondes à l'aide des courants continus avec 50 éléments (appareil Trouvé, donne les résultats suivants : Le courant n'est senti sur aucune partie du côté droit. En mouillant les excitateurs, et à l'aide de l'inverseur adapté à l'appareil, on peut obtenir, à la fermeture et à l'ouverture du courant, dans chaque groupe musculaire, des secousses aussi énergiques à droite qu'à gauche, mais à droite la secousse ne s'accompagne d'aucune sensation, et le malade ne juge du phénomène que par la vue seule de la contraction musculaire, tandis qu'à gauche celle-ci s'accompagne d'une vive douleur.

L'application de deux excitateurs de chaque côté de la nuque ou aux

deux tempes provoque des phosphènes. Avec 7 éléments, le malade aperçoit, dit-il, des lueurs; avec 9 et 15 éléments ce sont des éclairs, mais cette perception lumineuse ne se fait que dans l'œil gauche, l'œil droit reste tout à fait insensible.

Les deux excitateurs appliqués sur le côté droit de la langue avec 20, 30 ou 50 éléments, provoquent, à l'aide de l'inverseur, des contractions brusques dans les muscles du côté droit, mais ne donnent lieu à aucune sensation; du côté gauche, au contraire, l'application des excitateurs sur la langue avec 20 éléments provoque des contractions douloureuses, un goût métallique très accusé et une sensation de picotement et de brûlure.

L'excitateur négatif étant appliqué sur l'apophyse mastoïde droite et le fil simple de l'excitateur positif placé sur un bourdonnet de coton mouillé introduit dans le conduit auditif externe gauche, détermine, avec 15 éléments, la sensation d'un son analogue, d'après le malade, au tintement du cristal. En appliquant l'excitateur négatif sur l'apophyse mastoïde gauche et l'autre excitateur sur le coton mouillé de l'oreille droite, aucun son n'est perçu quelle que soit l'intensité du courant avec 20, 30, 50 éléments.

L'application du courant induit sur le côté droit du corps ne fait naître aucune sensation, soit qu'on électrise la peau à l'aide de la brosse ou du balai électrique, soit que le courant pénètre profondément à l'aide de tampons mouillés; les contractions musculaires sous l'influence des interruptions lentes ou rapides, quelle que soit l'intensité du courant, ne sont pas senties, quoique les secousses soient aussi énergiques qu'à l'état normal. A gauche la sensibilité électro-musculaire est conservée.

Août, septembre. — L'affaiblissement intellectuel n'offre pas de changement notable. L'anesthésie est complète du côté droit; un jour le malade se brûle sans le sentir le dos de la main contre la plaque d'un fourneau; une autre fois, il introduit et laisse la jambe droite dans un bain de pieds trop chaud, jusqu'à ce que le pied gauche, porté à son tour dans le bassin, vienne l'avertir de la température élevée du liquide. La sensibilité profonde est également abolie. D'autre part, la main droite ne peut effectuer aucun mouvement, si elle n'est dirigée par le regard. Dans la marche, les yeux fermés, il suffit d'appuyer légèrement sur le côté anesthésié, pour que L... accomplisse, à son insu, un mouvement de manége. La paralysie continue à progresser, le pied droit traîne légèrement sur le sol, la main droite pousse l'aiguille du dynanomètre jusqu'à la 6e division, la gauche arrive à la 25e. Tout le côté droit est plus froid, et par l'examen comparatif répété plusieurs fois, on obtient une différence notable, toujours au préjudice de la main anesthésiée.

Le 11 août, la main droite donne 33°,8, la gauche 36°; le 12, la main droite 27°,8, la gauche 30°,8; le 13, la main droite 32°,6, la gauche 34°,8; le 15, la main droite 29°,5, la gauche 30°,6. La sensibilité spéciale est abolie du côté droit; la narine droite ne perçoit aucune odeur, et un flacon d'acide acétique placé au-dessous n'est point senti, malgré ses propriétés à la fois odorantes et excitantes; ces dernières, cependant, exercent une certaine action sur les yeux qui se remplissent de larmes. La coloquinte, le piment, restent sans action sur le côté droit de la langue. L'oreille droite

n'entend plus rien ; la cécité est complète à droite ; l'œil reste ouvert devant le soleil sans percevoir aucune sensation, toutefois la mobilité de la pupille persiste, se resserre à la lumière.

Octobre. — Pendant quelques jours, L... a éprouvé des maux de tête, des étourdissements plus fréquents, de l'embarras gastrique et de la fièvre le soir. Le délire et les hallucinations pénibles se sont montrés de nouveau. L... voyait des flammes, des incendies, s'imaginait qu'on voulait l'empoisonner, croyait avoir jeté des enfants par la fenêtre. Au bout de six jours ces accidents ont cessé, le sommeil et l'appétit sont devenus meilleurs et le malade est retombé dans son apathie ordinaire. L'exploration de la sensibilité générale et des sens, par les agents organoleptiques et les courants continus et induits, donne des résultats analogues à ceux du mois dernier, l'hémianesthésie est complète.

L'œil droit, frappé de cécité, examiné encore à l'ophthalmoscope, n'offre rien d'anormal ; la pupille conserve sa transparence et sa teinte rosée physiologique, les vaisseaux, artères et veines, parcourent régulièrement leur trajet sans altération particulière, soit au niveau, soit au delà de la papille.

Le traitement, en dehors de quelques purgatifs salins et aloétiques, a consisté dans l'emploi de l'iodure de potassium et de toniques, vin et extrait mou de quinquina, tisanes amères, bains sulfureux.

Cette observation a l'avantage de montrer la marche progressive des troubles de la sensibilité, sinon depuis le début même des accidents, du moins depuis l'époque où la sensibilité générale commence à s'émousser et la sensibilité spéciale à se pervertir et à s'affaiblir. Les troubles de la vision aboutissant à la cécité complète sans le moindre changement appréciable dans la papille ni la rétine, expliquent le siége exclusivement cérébral (hémisphérique) de l'altération matérielle. Les lésions des corps quadrijumeaux, celles de la base ou bien les lésions qui, plus éloignées, agissent par compression, s'accompagnent assez rapidement de changements dans les bandelettes, le chiasma et les nerfs optiques qui ne tardent pas à se traduire par des altérations manifestes du fond de l'œil. Il est probable que les autres nerfs de la sensibilité spéciale, malgré la perte de la fonction, ne sont pas davantage altérés, et la constatation anatomique de ce fait ne sera pas sans quelque importance, au point de vue de la physiologie pathologique du cerveau.

Enfin, deux particularités à relever, en dehors de ce qui a été dit dans le cours de ce travail, c'est l'apparition, au début, chez ce malade, d'attaques épileptiques à la suite d'abus d'absinthe (épilepsie absinthique), tandis qu'à la fin de l'intoxication nous voyons prédominer les étourdissements et les

attaques apoplectiformes, symptomatiques des lésions matérielles déjà produites dans le cerveau. En second lieu, L... a présenté à plusieurs reprises, sans nouveaux excès, mais sous l'influence de malaise et de fièvre, des accès passagers de délire pénible rappelant entièrement le délire alcoolique.

FIN

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2